

DERMATOSES BULLEUSES TOXIQUES - ALLERGOBIOTEC

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom du patient :.....
Nom du médecin :
Hôpital :

Prénom du patient :.....
Date du prélèvement :.....

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Type de réaction :
.....
Date de début de la réaction :.....
.....
Médicament(s) impliqué(s) :.....
.....

PRELEVEMENTS SANGUINS

- Il est nécessaire d'appeler le plateau d'Immunomonitorage (INSERM U 851) de la faculté de médecine de Lyon Sud : Aurore Rozières ou Charlotte Cuerq au 06 77 77 20 23 ou 04 26 23 59 88 avant la réalisation des prélèvements sanguins, à savoir :

- 3 tubes héparinés (bouchon vert)
- 1 tube sec (bouchon rouge)

ADRESSE D'ENVOI DES PRELEVEMENTS

- Les prélèvements doivent être acheminés immédiatement à l'**Allergobiotec** de la Faculté de Médecine Lyon Sud et y parvenir dans les 12 heures.

Pour les services hors Hospices Civils de Lyon, les prélèvements doivent être acheminés par transporteur privé en indiquant l'adresse suivante sur le colis d'envoi :

Allergobiotec – Plateau d'Immunomonitorage – INSERM U 851
Faculté de médecine Lyon Sud – 1^{er} étage
165, chemin du Grand Revoyet
69495 PIERRE BENITE CEDEX

Pour les services des Hospices Civils de Lyon, il convient de contacter le plateau d'Immunomonitorage qui se chargera de mandater une personne du plateau d'Immunomonitorage afin de venir récupérer les prélèvements directement au sein de votre service

- **Il convient de joindre impérativement au sachet contenant les prélèvements la présente fiche.**



Hôpitaux de Lyon

Service d'immuno-allergologie - Pr J.F Nicolas
Centre Hospitalier Lyon Sud
Bât 5 F – Secteur Saint Eugénie
165, chemin du Grand Revoyet
69495 PIERRE BENITE



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE - ALLERGOBIOTEC

Je soussigné(e), Monsieur, Madame certifie avoir été informé(e) par le Professeur / le Docteur (service du Pr., Centre Hospitalier.....), des objectifs de **Allergobiotec**, visant à favoriser la recherche publique ou privée dans le domaine de l'immuno-allergologie clinique pour l'amélioration du diagnostic, du suivi et du traitement des maladies allergologiques.

En particulier, j'ai été clairement informé(e) que cette structure est habilitée à conserver du sérum, des tissus et des cellules prélevés à l'occasion d'un examen diagnostique ou d'une intervention chirurgicale et à les utiliser dans le cadre de projets de recherche, conformément aux lois du 29 juillet 1994 relatives au respect du corps humain ainsi qu'au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain. Des analyses génétiques pourront éventuellement être réalisées, dans le respect de la réglementation actuellement en vigueur en France.

En conséquence, je suis informé(e) du recueil et de la conservation par l'**Allergobiotec** de :

- Sérum / plasma
- Cellules et/ou tissus contenant du matériel génétique (barrer les mentions inutiles)

- Je suis également informé(e) que diverses analyses biologiques, incluant des sérologies virales (HIV, hépatites) pourraient être réalisées sur ces prélèvements. Si nécessaire, les résultats seraient alors communiqués au médecin ayant recueilli mon consentement.

- Je suis informé(e) que des données nominatives médicales me concernant font l'objet d'un traitement par fichier informatique autorisé par la Commission Nationale Informatique et Libertés conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés. Ce fichier reste au sein de l'**Allergobiotec** et, en aucun cas, des données nominatives ne seront communiquées à l'extérieur. L'anonymat est ainsi respecté.

- Je peux exercer un droit d'accès et de rectification sur les informations me concernant dans ce fichier informatique par simple demande écrite au Pr/Dr

- Je suis libre, à tout moment et quelles que soient mes motivations, de révoquer par simple courrier mon consentement à cette conservation et de demander la destruction des échantillons biologiques me concernant, ainsi que des informations médicales associées à ce prélèvement.

A....., le

Signature du patient (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Signature du médecin

Ce consentement est établi en 3 exemplaires :
1^{er} feuillet destiné à **Allergobiotec**
2^o feuillet destiné au patient
3^o feuillet destiné au dossier médical



Hôpitaux de Lyon

Service d'immuno-allergologie - Pr J.F Nicolas
Centre Hospitalier Lyon Sud
Bât 5 F – Secteur Saint Eugénie
165, chemin du Grand Revoyet
69495 PIERRE BENITE



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE - ALLERGOBIOTEC

Je soussigné(e), Monsieur, Madame certifie avoir été informé(e) par le Professeur / le Docteur (service du Pr., Centre Hospitalier.....), des objectifs de **Allergobiotec**, visant à favoriser la recherche publique ou privée dans le domaine de l'immuno-allergologie clinique pour l'amélioration du diagnostic, du suivi et du traitement des maladies allergologiques.

En particulier, j'ai été clairement informé(e) que cette structure est habilitée à conserver du sérum, des tissus et des cellules prélevés à l'occasion d'un examen diagnostique ou d'une intervention chirurgicale et à les utiliser dans le cadre de projets de recherche, conformément aux lois du 29 juillet 1994 relatives au respect du corps humain ainsi qu'au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain. Des analyses génétiques pourront éventuellement être réalisées, dans le respect de la réglementation actuellement en vigueur en France.

En conséquence, je suis informé(e) du recueil et de la conservation par l'**Allergobiotec** de :

- Sérum / plasma

- Cellules et/ou tissus contenant du matériel génétique (barrer les mentions inutiles)

- Je suis également informé(e) que diverses analyses biologiques, incluant des sérologies virales (HIV, hépatites) pourraient être réalisées sur ces prélèvements. Si nécessaire, les résultats seraient alors communiqués au médecin ayant recueilli mon consentement.

- Je suis informé(e) que des données nominatives médicales me concernant font l'objet d'un traitement par fichier informatique autorisé par la Commission Nationale Informatique et Libertés conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés. Ce fichier reste au sein de l'**Allergobiotec** et, en aucun cas, des données nominatives ne seront communiquées à l'extérieur. L'anonymat est ainsi respecté.

- Je peux exercer un droit d'accès et de rectification sur les informations me concernant dans ce fichier informatique par simple demande écrite au Pr/Dr

- Je suis libre, à tout moment et quelles que soient mes motivations, de révoquer par simple courrier mon consentement à cette conservation et de demander la destruction des échantillons biologiques me concernant, ainsi que des informations médicales associées à ce prélèvement.

A....., le

Signature du patient (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Signature du médecin

Ce consentement est établi en 3 exemplaires :

1^{er} feuillet destiné à **Allergobiotec**

2^o feuillet destiné au patient

3^o feuillet destiné au dossier médical



Hôpitaux de Lyon

Service d'immuno-allergologie - Pr J.F Nicolas
Centre Hospitalier Lyon Sud
Bât 5 F – Secteur Saint Eugénie
165, chemin du Grand Revoyet
69495 PIERRE BENITE



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE - ALLERGOBIOTEC

Je soussigné(e), Monsieur, Madame certifie avoir été informé(e) par le Professeur / le Docteur (service du Pr., Centre Hospitalier.....), des objectifs de **Allergobiotec**, visant à favoriser la recherche publique ou privée dans le domaine de l'immuno-allergologie clinique pour l'amélioration du diagnostic, du suivi et du traitement des maladies allergologiques.

En particulier, j'ai été clairement informé(e) que cette structure est habilitée à conserver du sérum, des tissus et des cellules prélevés à l'occasion d'un examen diagnostique ou d'une intervention chirurgicale et à les utiliser dans le cadre de projets de recherche, conformément aux lois du 29 juillet 1994 relatives au respect du corps humain ainsi qu'au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain. Des analyses génétiques pourront éventuellement être réalisées, dans le respect de la réglementation actuellement en vigueur en France.

En conséquence, je suis informé(e) du recueil et de la conservation par l'**Allergobiotec** de :

- Sérum / plasma

- Cellules et/ou tissus contenant du matériel génétique (barrer les mentions inutiles)

- Je suis également informé(e) que diverses analyses biologiques, incluant des sérologies virales (HIV, hépatites) pourraient être réalisées sur ces prélèvements. Si nécessaire, les résultats seraient alors communiqués au médecin ayant recueilli mon consentement.

- Je suis informé(e) que des données nominatives médicales me concernant font l'objet d'un traitement par fichier informatique autorisé par la Commission Nationale Informatique et Libertés conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés. Ce fichier reste au sein de l'**Allergobiotec** et, en aucun cas, des données nominatives ne seront communiquées à l'extérieur. L'anonymat est ainsi respecté.

- Je peux exercer un droit d'accès et de rectification sur les informations me concernant dans ce fichier informatique par simple demande écrite au Pr/Dr

- Je suis libre, à tout moment et quelles que soient mes motivations, de révoquer par simple courrier mon consentement à cette conservation et de demander la destruction des échantillons biologiques me concernant, ainsi que des informations médicales associées à ce prélèvement.

A....., le

Signature du patient (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Signature du médecin

Ce consentement est établi en 3 exemplaires :

1^{er} feuillet destiné à **Allergobiotec**

2^o feuillet destiné au patient

3^o feuillet destiné au dossier médical